Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Integrale aanpak leefstijlondersteuning in achterstandswijken ondanks goede initiatieven nog onvoldoende

Samenwerking tussen eerstelijnscentra, GGD en thuiszorg

Utrecht, november 2013

Inhoud

Voorwoord

Gezondheid is in Nederland niet gelijk verdeeld. Mensen met achterstands-problematiek leven korter en met meer ongezonde levensjaren. In Nederland zijn roken en overgewicht de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte. Mensen die roken, ongezond eten en weinig bewegen, lopen meer risico om leefstijlgebonden aandoeningen te krijgen zoals longkanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes. Leefstijlverandering heeft bij hen direct een gunstig effect op de levensduur en het aantal gezonde levensjaren.

Zorgverleners die basiszorg leveren in de wijk (eerstelijnscentrum, thuiszorg en GGD) hebben een taak om mensen die hun leefstijl willen veranderen hierin te ondersteunen. Universele preventie en basiszorg moeten op elkaar aansluiten. Een wijkgerichte aanpak heeft hier de toekomst.

Ik ben blij te constateren dat zorgverleners in de achterstandswijken activiteiten ontplooien om leefstijlondersteuning te bieden en dit ook gezamenlijk oppakken. Cultuurverschillen tussen de gemeente (GGD) en zorgpartijen zijn een gegeven, maar zijn te overbruggen. Dit rapport beschrijft een aantal voorbeelden van wijken waar het voldoende lukt om resultaat te boeken. Deze wijken laten zien dat een integrale aanpak leefstijlondersteuning kan. Maar de meeste wijken staan nog aan het begin van deze ontwikkeling of zijn in enkele gevallen nog niet begonnen. In deze wijken lukt het nog onvoldoende om dat wat de individuele patiënt nodig heeft, te verbinden met universele preventie. Ik roep de eerstelijnscentra, de GGD'en en de thuiszorgorganisaties in achterstandswijken op om zich te blijven inspannen en voortvarend aan de slag te gaan.

Het mag duidelijk zijn: de partijen zijn op weg, maar zij moeten gezamenlijk optrekken en inspanning leveren in de achterstandswijken om integrale leefstijl-ondersteuning te realiseren. Duidelijk leiderschap is hierbij een kritische succes-factor. Een actieve rol van gemeente en ziektekostenverzekeraar is noodzakelijk. Het goede nieuws is dat er nu al wijken zijn waar het ondanks belemmeringen lukt. Hoewel er lokale verschillen zijn kunnen deze goede voorbeelden de wijken inspireren. Eerstelijn, GGD en thuiszorg: zoek elkaar op, maak de verbinding en gebruik elkaars expertise. Ga samen aan de slag in de achterstandswijk, de bagage daarvoor is volop aanwezig.

Dr. J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Grote eerstelijnscentra, GGD'en en thuiszorg ontplooien activiteiten voor leefstijlondersteuning in achterstandswijken, maar een integrale aanpak is nog onvoldoende. Hierdoor wordt er minder gezondheidswinst behaald dan mogelijk is. In negentien van de twintig onderzochte wijken benutten de zorgpartijen (eerstelijn, GGD en thuiszorg) de in 2011 ontwikkelde randvoorwaarden voor samenwerking tussen eerstelijnscentrum, GGD en thuiszorg niet genoeg. Ondanks de vele activiteiten van de afzonderlijke zorgpartijen sluit de leefstijlondersteuning onvoldoende aan op de universele preventie. Ook de onvoldoende facilitering door gemeente en zorgverzekeraar draagt hieraan bij.

Een ongezonde leefstijl is een risicofactor voor gezondheidsschade. In Nederland zijn roken en overgewicht de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte. Veranderen van leefstijl is moeilijk. Een gezamenlijke, wijkgerichte inspanning van de zorgverleners in achterstandswijken om bewoners te ondersteunen een gezonde leefstijl op te pakken, kan veel gezondheidswinst opleveren. Dat is in de eerste plaats in het belang van de bewoners zelf; in de tweede plaats is te verwachten dat hierdoor een geringer beroep op de gezondheidszorg nodig is. Daarom formuleerde de inspectie in 2011 in overleg met veldpartijen zes randvoorwaarden die samenwerking door het eerstelijnscentrum, de GGD en de thuiszorg in achterstandswijken faciliteren. Van eind 2012 tot medio 2013 voerde de inspectie een onderzoek uit om de implementatie van deze randvoorwaarden in twintig achterstandswijken te toetsen. Deze selectie is een kleine steekproef van de in totaal 224 achterstandswijken in Nederland. In deze wijken waren veertien van de eerstelijnscentra lid van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijn (LVG). De inspectie bezocht in die periode de twintig wijken en sprak met het eerstelijnscentrum, de GGD en thuiszorg gezamenlijk en gebruikte de antwoorden van een digitale vragenlijst daarvoor als basis.

De resultaten van dit onderzoek geven een indicatie van wat er in het veld speelt, maar zijn niet generaliseerbaar voor heel Nederland. Een integrale aanpak leefstijlondersteuning is in negentien wijken nu nog onvoldoende. De meeste wijken betrokken zorgverzekeraar en gemeente. Netwerkregie was het slechtst geregeld: één wijk had dit formeel vastgelegd. Wel leggen de zorgpartijen verbinding met sociale wijkteams, met Zichtbare Schakels (de wijkverpleegkundige in de wijk) en met de centra voor Jeugd en Gezin (CJG). De inspectie ziet een actieve sturing op samenhang en samenwerking van goed gestructureerde eerstelijnscentra. Gemeenten en zorgverzekeraars sluiten convenanten, maar slagen nog onvoldoende om eerstelijn, GGD en thuiszorg te faciliteren een integraal aanbod voor leefstijlondersteuning in de wijk te realiseren.

De inspectie legt alle partijen in negentien wijken corrigerende maatregelen op en vraagt hen de randvoorwaarden in praktijk te brengen. Het eerstelijnscentrum coördineert en de GGD en de thuiszorg moeten participeren. Eind 2014 vraagt de inspectie een rapportage op bij het eerstelijnscentrum over de voortgang in die achterstandswijk.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

In Nederland zijn roken en overgewicht de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte. Een kwart van de ziektelast in ons land wordt door deze leefstijlfactoren verklaard.[1] Mensen die roken, ongezond eten en weinig bewegen, lopen meer risico om leefstijlgebonden aandoeningen te krijgen zoals longkanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes. Leefstijlverandering heeft direct een gunstig effect op de levensduur. Zo verliezen rokers gemiddeld 4,1 levensjaar en 4,6 gezonde jaren.[2] Ook afvallen en meer bewegen verlengen het leven gemiddeld met respectievelijk ruim twee en één jaar. Bovendien leven deze mensen langer zonder ernstige gezondheidsproblemen.

Veranderen van leefstijl is moeilijk, zeker voor mensen in de 224 achterstandswijken in Nederland. Want in een omgeving waar veel mensen een ongezond leefpatroon hebben, is het extra lastig dat patroon te doorbreken. Ook mensen met achterstands-problematiek hebben een eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en het ontplooien van eigen kracht is belangrijk, maar zonder ondersteuning lukt dit veel mensen niet.[3] In deze achterstandswijken is de sociale redzaamheid doorgaans geringer. In wijken[a] met een hoge prevalentie van leefstijlproblematiek is door het verbeteren van leefstijl relatief veel gezondheidswinst te behalen. Ondersteuning die aansluit bij de bewoners van de wijk helpt deze bewoners hun leefstijl te verbeteren met als resultaat meer gezonde levensjaren. Naast dit primaire belang voor bewoners van achterstandswijken is te verwachten dat hierdoor een vermindering van de ziekte-last optreedt en een geringer beroep op de gezondheidszorg wordt gedaan. Voor de afzonderlijke zorgorganisaties (het grote eerstelijnscentrum, de GGD en de thuiszorg-instelling) die basiszorg in de wijk leveren, is het moeilijk om tot samenwerking en een samenhangend zorgaanbod voor de ondersteuning bij leefstijl te komen. Onder het grote eerstelijnscentrum verstaat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna inspectie) een wijkgerichte voorziening met meer dan 10.000 patiënten, waar huisartsen, praktijkondersteuners en andere disciplines werkzaam zijn.
De inspectie heeft het initiatief genomen om samen met veldpartijen en inhouds-deskundigen randvoorwaarden voor goede zorg op wijk- of buurtniveau, gericht op de ondersteuning bij leefstijlverandering, te formuleren (bijlage 2). Het doel van de randvoorwaarden is de beweging te stimuleren die de minister beoogt om universele preventie en basiszorg meer te verbinden, de zorg dicht bij de mensen te organise-ren en deze beter toegankelijk te maken.[4] In de pilot bij negen wijken in 2011 bleek dat de gesprekspartners de zes randvoorwaarden een redelijke inspanning vinden voor de zorgverleners in de wijk en dat de zorgverzekeraars en gemeenten een faciliterende rol kunnen spelen. De randvoorwaarden en de resultaten van deze pilot staan in de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2012; *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen.* Het toetsingskader omvat zes randvoorwaarden:

- Gezamenlijke probleemanalyse.
- Gezamenlijke doelstellingen.
- Systematische evaluatie en verbetering.
- Gestructureerd overleg.
- Netwerkregie.
- Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente.

---

a De inspectie hanteert de term wijk of buurt om aan te geven dat de samenwerking in een bepaald gebied tot stand komt. Dit kan ook een dorp zijn. De omvang van het gebied is afhankelijk van de lokale situatie. Het NIVEL heeft voor huisartsen een achterstandsindex ontwikkeld om de gebieden met achterstand te identificeren.

1.2 Onderzoeksvraag

Wat is het oordeel van de inspectie over de samenwerking tussen de gezamenlijke zorgverleners (eerstelijnscentrum, GGD en thuiszorg) op het gebied van leefstijl-ondersteuning volgens de zes randvoorwaarden uit de Staat van de Gezondheids-zorg 2012 in twintig achterstandswijken?

1.3 Onderzoeksmethode en -periode

De inspectie stelde een digitale vragenlijst op om informatie te verkrijgen over de mate van implementatie van de randvoorwaarden in de achterstandswijk door het eerstelijnscentrum, de GGD, de thuiszorginstelling(en) en de regisseur, als die niet een van de drie genoemde partijen was. Deze vragenlijsten werden door de partijen ingevuld in de periode december 2012 tot en met januari 2013.

Indien binnen een wijk meerdere thuiszorginstellingen of eerstelijnscentra actief waren, ontvingen zij alle een vragenlijst. Voor het optimaliseren van de digitale vragenlijst heeft de inspectie in één wijk een pilot uitgevoerd. Deze wijk maakte geen deel uit van de selectie van twintig wijken.

De resultaten uit de vragenlijsten heeft de inspectie uitgewerkt en met de partijen besproken in een gezamenlijke bijeenkomst in alle twintig achterstandswijken (eerstelijnscentrum, GGD en thuiszorg en indien van toepassing de regisseur). Voor het gesprek stelde de inspectie een semigestructureerde vragenlijst op, op basis van de antwoorden uit de vragenlijst en de toegezonden documenten. In de periode februari - april 2013 bezocht de inspectie deze twintig wijken. Zij sprak tijdens de bezoeken met gesprekspartners van twintig eerstelijnscentra, zestien GGD'en, en 23 thuiszorginstellingen. Tijdens de bezoeken ging de inspectie dieper in op de samen-werking en de informatie uit de vragenlijsten.

Selectie wijken

Voor het selecteren van de wijken stelde de inspectie een aantal criteria vast. De belangrijkste zijn:

- Een hoge prevalentie van leefstijlproblematiek (op basis van huisarts-achterstandsgebied volgens NIVEL.[1])
- De inspectie bezocht de wijk niet in de pilot in 2011.
- De wijk is geen Gezonde Wijk in het kader van de Krachtwijken.[b]

De inspectie koos hiervoor omdat in achterstandswijken de meeste gezondheids-winst te behalen is en het gaat om bewoners met een geringe sociale redzaamheid. De inspectie wilde niet onderzoeken op plaatsen waar al veel in projecten is geïnvesteerd. De inspectie selecteerde de twintig achterstandswijken met behulp van de lijst achterstandgebieden van het NIVEL. De twintig wijken zijn geografisch verspreid over Nederland. De inspectie selecteerde de wijk als een eerstelijns-centrum zorg verleende aan bewoners in die wijk. De selectie bevat veertien eerste-lijnscentra die lid zijn van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) en zes eerstelijnscentra die geen lid zijn. Dit waren meestal samenwerkende huis-artsen in een HOED-constructie (Huisartsen Onder Eén Dak). De inspectie koos voor dit aantal LVG-leden omdat zij hierover met de LVG afspraken maakte bij de start van dit onderzoek. De inspectie zocht uit met welke thuiszorgorganisatie(s) het eerstelijnscentrum samenwerkte. Vervolgens keek zij welke GGD verantwoordelijk was voor de regio waar de wijk ligt.

In totaal waren volgens het NIVEL in 2012 in Nederland 224 achterstandswijken. De selectie van twintig wijken die de inspectie bezocht, is een kleine steekproef. De

---

b De wijken die door minister Ella Vogelaar bekend zijn gemaakt en waar extra geïnvesteerd is in de thema's wonen, werken, leren en opgroeien.

resultaten van dit onderzoek geven een indicatie van wat er in het veld speelt, maar zijn niet generaliseerbaar voor heel Nederland.

Randvoorwaarden niet bekend bij partijen

De inspectie gaf aan dat de partijen een jaar de tijd kregen voor de implementatie van de randvoorwaarden, dat wil zeggen tussen de vaststelling van de randvoorwaarden en de start van dit onderzoek. Tijdens de bezoeken bleek dat veel zorgverleners niet op de hoogte waren van de randvoorwaarden. De inspectie heeft via de koepels (LVG, GGD Nederland en ActiZ) en publicaties zoveel mogelijk partijen bereikt. In een aantal wijken zorgde de brief van de inspectie met de aankondiging van het onderzoek in de wijk ervoor dat partijen contact met elkaar zochten en overleg startten. In een aantal gevallen kenden de gesprekspartners elkaar bij het wijkbezoek niet. Zij zaten voor de eerste keer in die samenstelling aan tafel. De inspectie meent dat zij een degelijke indruk heeft gekregen tijdens de gesprekken, hoewel deze niet generaliseerbaar is voor heel Nederland. De onderwerpen die gesprekspartners tijdens de twintig bezoeken inbrachten, kwamen overeen.

1.4 Toetsingskader

Als toezichtinstrument gebruikt de inspectie het toetsingskader gezonde zorg, zoals gepubliceerd in de SGZ 2012 (bijlage 2). Het toetsingskader baseerde de inspectie op de vastgestelde randvoorwaarden. De randvoorwaarden zijn tot stand gekomen in interactie met het veld en gebaseerd op de Wet publieke gezondheid, veldnormen en zorgstandaarden.

2 Conclusies[c]

2.1 Veel leefstijlondersteuningsactiviteiten, maar geen integrale aanpak

Grote eerstelijnscentra, GGD'en en thuiszorg ontplooien activiteiten voor leefstijlondersteuning in achterstandswijken, maar een integrale aanpak ontbreekt nog. De betrokken partijen hebben hierop wel een visie. De inspectie zag veel verschillende initiatieven in de wijken. De aansluiting van partijen bij sociale wijkteams, de inzet van Zichtbare Schakels (wijkverpleegkundigen) en de wijkgerichte samenwerking op het thema jeugd kunnen mogelijke kristallisatiepunten vormen voor een meer integrale aanpak voor leefstijlondersteuning in de achterstandswijken. Dit vindt de inspectie een positieve ontwikkeling. Maar de onderlinge samenwerking en afstemming in de wijk vindt zij nu nog onvoldoende. Slechts één wijk scoort op alle randvoorwaarden voldoende. De inspectie ziet dat contact leggen met de andere zorgpartij(en), zodat de partijen elkaars mogelijkheden beter leren kennen en kunnen vaststellen waar zijzelf en hun partners staan, werkt. Dit kan het gezamenlijke vertrekpunt zijn. Het is dan vaak een kleine stap om van afzonderlijk de randvoorwaarden (analyse, doelstellingen, evaluatie en overleg) uit te voeren naar dit in samenspraak te doen. Het gaat er hier vooral om dat de partijen de verbinding leggen. De randvoorwaarden ondersteunen dit proces, maar partijen gebruiken deze onvoldoende.

2.2 Weinig aansluiting universele preventie en activiteiten leefstijlondersteuning van individuen

In de onderzochte wijken is nog weinig aansluiting tussen universele preventie en activiteiten gericht op leefstijlondersteuning van individuen. De eerstelijn werkt in de wijk vaak patiëntgericht aan leefstijl als onderdeel van de zorg, dikwijls vanuit de zorgstandaarden. De thuiszorg sluit hier op aan of werkt vanuit de eigen organisatie ook patiëntgericht aan leefstijl. Hetzelfde geldt voor de jeugdgezondheidszorg vanuit de GGD. Vanuit de partijen is dit een goed startpunt. Maar de aansluiting op universele preventie ontbreekt dikwijls. Dit vindt de inspectie onvoldoende. De diverse partijen sluiten wel op elkaar aan bij de leefstijlondersteuning van individuele cliënten, maar werken veel minder samen op doelgroepniveau.

2.3 Actieve sturing op samenhang en samenwerking goed gestructureerde eerstelijnscentra

Goed gestructureerde eerstelijnscentra sturen actief op samenhang van activiteiten gericht op individuele leefstijlondersteuning. Ook zoeken zij actief samenwerking met andere partijen. Dit vindt de inspectie een positieve ontwikkeling. Deze eerstelijnscentra hebben vaak een vrijgestelde functionaris die coördinerende taken uitvoert en ook de externe contacten behartigt. Dit geeft ruimte voor de (leefstijl) activiteiten in het eigen centrum, maar ook om actief in te zetten op de samenwerking met andere partijen om te komen tot integrale leefstijlondersteuning. Centra die op deze wijze werken, zijn voornamelijk LVG-leden.

2.4 Convenanten gemeente en zorgverzekeraar aanwezig, maar onvoldoende integrale afstemming met zorgverleners

De gemeente en zorgverzekeraar vinden elkaar wel, maar slagen er nog onvoldoende in om samen met eerstelijnscentra, GGD'en en thuiszorg een integraal aanbod voor leefstijlondersteuning te realiseren.

c De resultaten van dit onderzoek geven een indicatie van wat er in het veld speelt, maar zijn niet generaliseerbaar voor heel Nederland.

De inspectie vindt dat de zorgverzekeraar en de gemeente samen de drie zorgpartijen beter kunnen faciliteren om gezamenlijk te werken aan leefstijlondersteuning in de wijk.

3 Handhaving

3.1 Maatregelen

Het gaat in dit onderzoek om een grote en kwetsbare doelgroep waarbij onvoldoende inspanning voor samenwerking in de achterstandswijk risico's op gezondheidsschade in stand houdt. De inspectie legt de verantwoordelijkheid voor verbetering van de implementatie van de randvoorwaarden bij het veld zelf. Zij legt alle partijen in de wijken corrigerende maatregelen op (op één wijk na, die op alle randvoorwaarden voldoende scoorde) en vraagt hen de randvoorwaarden te implementeren tot minstens het niveau van operationeel. De coördinatie voor de uitvoering van deze corrigerende maatregel legt de inspectie bij het eerstelijnscentrum. De inspectie verplicht de betrokken GGD'en en thuiszorgorganisaties te participeren bij de realisatie hiervan. Eind 2014 rapporteren de negentien eerstelijnscentra hierover aan de inspectie. In de rapportage moet het verloop van de implementatie van de randvoorwaarden naar tenminste operationeel worden beschreven.

3.2 Aanbevelingen

Aan de zorgverleners in de wijk
De inspectie roept de partijen op om hun op individuele patiënten gerichte leefstijlondersteuning te verbinden met de universele preventie.

Aan gemeente en zorgverzekeraars
De inspectie doet een dringend beroep op gemeenten en zorgverzekeraars om gezamenlijk convenanten te sluiten of op andere manieren afspraken te maken waarvan integrale leefstijlondersteuning in achterstandswijken een onderdeel is.

De inspectie beveelt de gemeente aan voor de achterstandswijken beter gebruik te maken van de kennis en expertise van de GGD en andere partijen zoals de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS).

Aan de koepels LVG, ActiZ en GGD Nederland
De inspectie vraagt met nadruk aan de koepels om hun leden te informeren en te stimuleren zich in te spannen voor integrale leefstijlondersteuning in achterstandswijken.

Aan het ministerie van VWS
Gebruik de resultaten van dit onderzoek bij de uitvoering van het Nationaal Programma Preventie (NPP). De inspectie besprak de resultaten van dit onderzoek al in juli 2013 met VWS in relatie tot het NPP. Hierbij sprak zij af dat VWS de relevante resultaten van dit rapport in de uitwerking meeneemt.

3.3 Vervolgacties inspectie

De inspectie toetst eind 2014 hoe de implementatie van de randvoorwaarden ervoor staat door middel van een rapportage uit de negentien wijken, opgesteld op initiatief van het eerstelijnscentrum in de wijk samen met GGD en thuiszorgorganisatie(s). Deze rapportages maakt de inspectie net als de twintig wijkrapporten uit 2013, openbaar op haar website.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van het onderzoek naar samenwerking in achterstandswijken tussen het eerstelijnscentrum, de GGD en de thuiszorg. De inspectie onderzocht de samenwerking aan de hand van zes randvoorwaarden. Alle randvoorwaarden hebben een score 'afwezig', 'aanwezig', 'operationeel' of 'geborgd'. De inspectie beschouwt de scores 'afwezig' en 'aanwezig' als onvoldoende en de scores 'operationeel' en 'geborgd' als voldoende. De scores zijn een combinatie van de vragenlijsten en het bezoek.

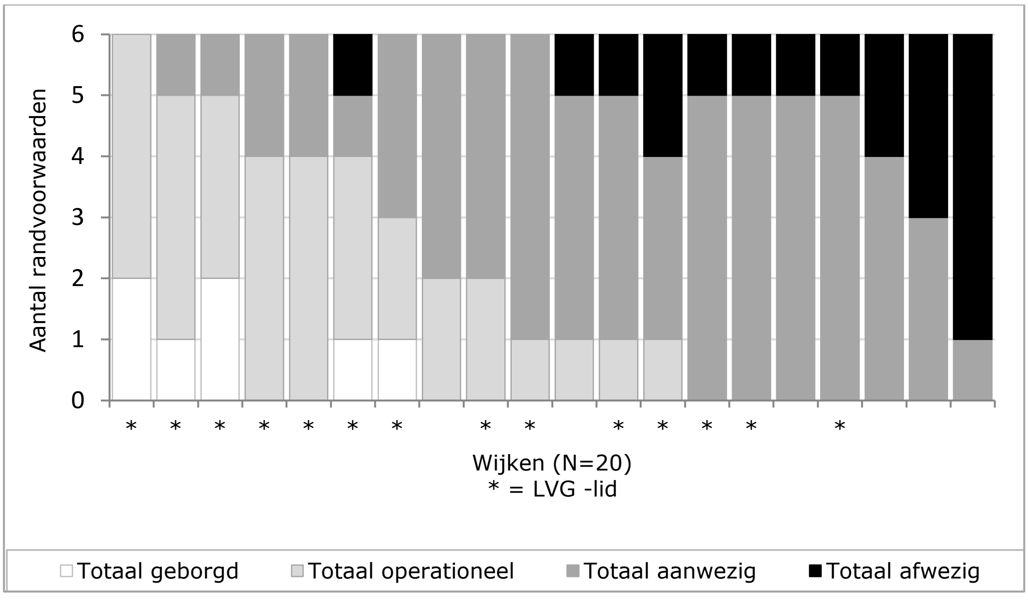
In dit hoofdstuk geven citaten uitspraken weer die de gesprekspartners tijdens de bezoeken deden. Ook zijn hier zaken beschreven die per randvoorwaarde opvielen. De inspectie noemt het eerstelijnscentrum, de GGD en de thuiszorg, de partijen en benoemt deze niet altijd specifiek.

4.1 Volledige respons digitale vragenlijst en bezoeken

Alle twintig wijken die de inspectie benaderde voor deelname aan het onderzoek hebben de vragenlijst ingevuld. De respons is daarmee 100%. Tijdens de bezoeken waren vertegenwoordigers van alle partijen aanwezig. Ook de regisseur als die uit een andere organisatie kwam. In één wijk voerde de inspectie het gesprek met een vertegenwoordiger van het eerstelijnscentrum afzonderlijk.

4.2 Meeste wijken scoorden onvoldoende

Het algemene beeld van alle wijken samen is dat zij voornamelijk aanwezig scoorden. Eén wijk scoorde bij alle randvoorwaarden voldoende (operationeel of geborgd). Zeven van de twintig wijken scoorden bij alle randvoorwaarden onvoldoende (afwezig of aanwezig). In figuur 1 staat per wijk aangegeven hoe zij bij de zes randvoorwaarden scoorden. De LVG-leden zijn in de figuur aangegeven met een sterretje.



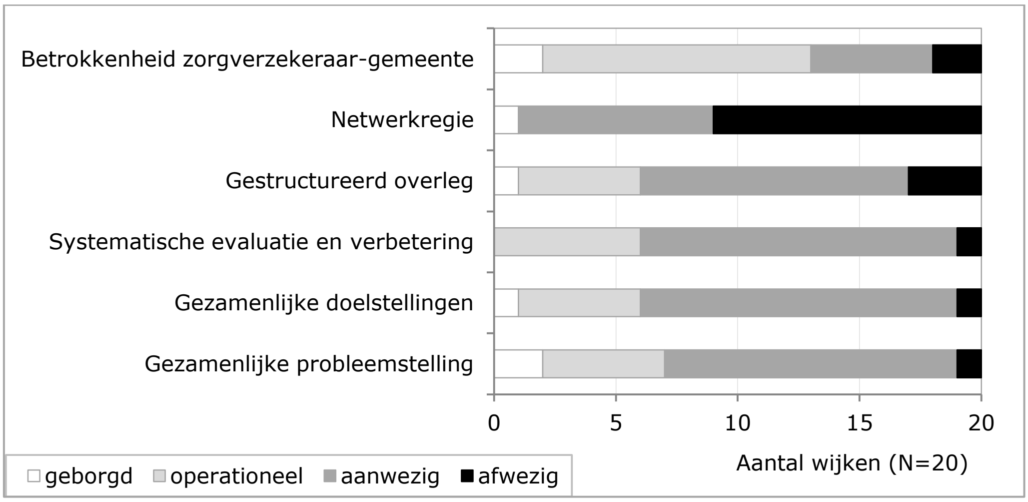
Figuur 1: Totaal score op de randvoorwaarden per wijk

De veertien wijken waarin het eerstelijnscentrum LVG-lid was, scoorden hoger bij de randvoorwaarden dan de wijken waar dit niet zo was. Van de veertien LVG-leden,

scoorden drie bij geen enkele randvoorwaarde operationeel of geborgd. Twee wijken zonder LVG-centrum scoorden bij één of twee randvoorwaarde operationeel, de overige scoorden bij alle randvoorwaarden afwezig of aanwezig.

4.3 Geen enkele randvoorwaarde in alle wijken voldoende

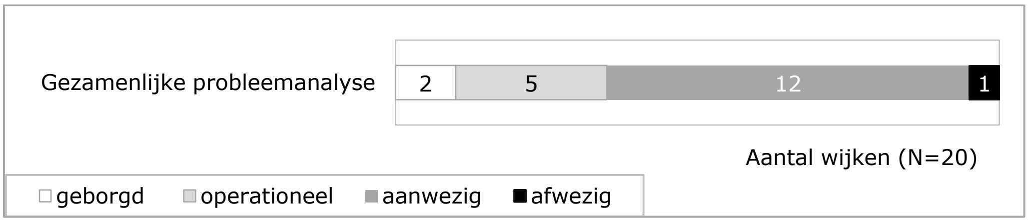
Voor alle randvoorwaarden geldt dat ten minste één wijk operationeel of geborgd heeft gescoord. De randvoorwaarde 'betrokkenheid zorgverzekeraar-gemeente' was voor dertien wijken operationeel of geborgd en de netwerkregie werd door één wijk geborgd gescoord. In figuur 2 staat weergegeven hoe de wijken per randvoorwaarde scoorden.



Figuur 2: Totaal score per randvoorwaarde

4.4 Gezamenlijke probleemanalyse in zeven wijken

In zeven wijken hadden de partijen een gezamenlijke probleemanalyse op wijkniveau opgesteld op basis van verschillende informatiebronnen. In twee wijken hadden de partijen de analyse ook schriftelijk vastgelegd. In de meerderheid van de wijken hadden partijen afzonderlijk van elkaar een probleemanalyse opgesteld en in één wijk ontbrak een analyse in zijn geheel. Dit staat weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Score op randvoorwaarde 1: Gezamenlijke probleemanalyse

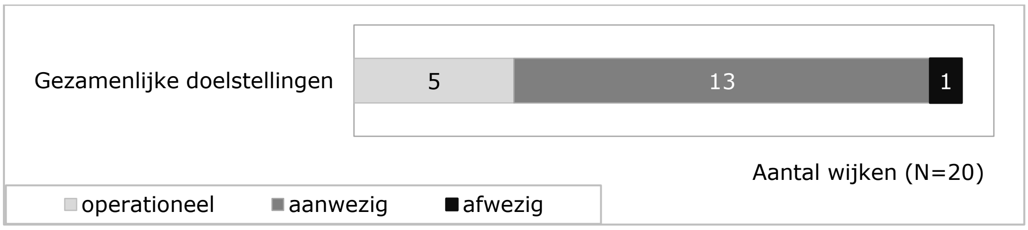
Tijdens de bezoeken kwam een aantal opvallende punten naar voren. Om een analyse op te stellen, maakten veel partijen gebruik van de wijkscan (van de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)) en/of de GGD-monitor. De partijen gaven aan weinig andere bronnen beschikbaar te hebben. Omdat de meerderheid van de wijken geen gezamenlijke probleemanalyse had, werkten de partijen vaak langs elkaar heen en voerden soms dubbel werk uit. De inspectie kreeg vaak terug dat de gegevens van de wijkscan en/of de GGD-monitor voor hen soms niet specifiek genoeg zijn voor een analyse op wijkniveau. Voor een analyse op gemeenteniveau waren de scans goed te gebruiken, maar daar richtten de partijen zich niet op. Het viercijferige postcodegebied was soms niet specifiek genoeg. Dit was bijvoorbeeld het geval in een wijk waar in dezelfde wijk een deel mensen met

achterstandsproblematiek zijn en een deel beter gesitueerde mensen. De zorg-partijen in sommige wijken bleken wel in staat om met de gezamenlijke gegevens een wijkanalyse specifiek te maken op straatniveau. De gemeente was een belang-rijke factor bij het wel of niet specifiek maken van de instrumenten naar wijkniveau. Door de keuzes die gemeenten maakten in het kader van de bezuinigingen gebeurde dit nauwelijks meer.

In een wijk had de manager van het gezondheidscentrum het voortouw genomen om een analyse van de wijk op te stellen. De wijkscan was voor hen niet goed te gebruiken omdat de achterstand in de wijk werd weggemiddeld (het postcodegebied was te groot). Zij ploos op basis van huisartsenregistratie en in samenwerking met de GGD de wijk uit. Deze analyse stelde zij beschikbaar aan de andere partijen in de wijk.

4.5 Gezamenlijke doelstellingen in vijf wijken

De partijen in vijf wijken hadden gezamenlijk doelstellingen opgesteld, maar deze niet schriftelijk vastgelegd. In veertien wijken stelden de partijen afzonderlijk van elkaar doelstellingen op. In één wijk had geen van de partijen doelstellingen benoemd (zie figuur 4).



Figuur 4: Score op randvoorwaarde 2: Gezamenlijke probleemanalyse

Tijdens de bezoeken kwam een aantal opvallende punten naar voren. Als de partijen in projecten samenwerkten, stelden zij wel gezamenlijk doelstellingen binnen dat project op. Maar het bleek dan voor de partijen vaak niet mogelijk om dit van een project om te zetten naar een integrale duurzame aanpak in de achterstandswijk wanneer de projectsubsidie wegviel.

Een voorbeeld van goede samenhang in de analyse en de doelstellingen zag de inspectie in een bezochte wijk. De partijen in deze wijk hadden afzonderlijk van elkaar probleemanalyses opgesteld, maar zij maakten hierbij wel gebruik van elkaars gegevens. In plaats van gezamenlijk één analyse en gezamenlijke doel-stellingen op te stellen, besloten de partijen zich te richten op hun eigen des-kundigheid. Iedere partij heeft daardoor eigen probleemanalyses voor hun doel-groep, maar dit was wel in gezamenlijkheid afgesproken en transparant voor alle partijen in de wijk en sloot ook goed aan op universele preventie .

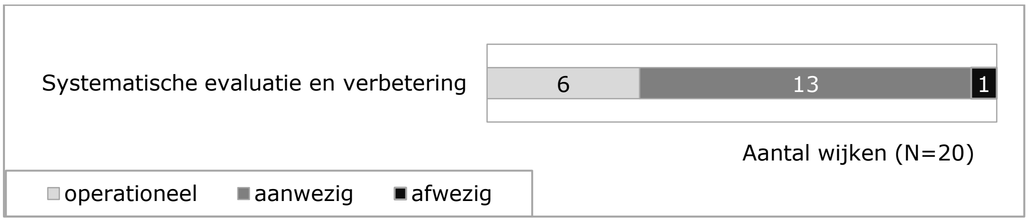
Volgens de partijen werkte het voor hen beter wanneer zij met elkaar in gesprek gaan en de verbinding zoeken, waar zij elkaar kunnen versterken. Leefstijl krijgt dan een plek in de context van zorg. Het eerstelijnscentrum en de thuiszorg werkten met doelstellingen op patiëntniveau en gaven aan weinig behoefte te hebben aan het vastleggen van doelstellingen. In een aantal wijken was ook de GGD betrokken bij deze gesprekken. Het is dan een bottum-up werkwijze, die in een beperkt aantal wijken aansluiting maakt met universele preventie. De eerstelijnscentra hadden ook vaak doelstellingen in hun uitwerking van de zorgstandaarden of de ouderenzorg.

Leefstijl is daarbij een onderdeel van de zorg die zij geven. Deze aanpak ontsteeg nog nauwelijks het individuele patiëntniveau omdat zorgverzekeraars dit niet contracteerden.

De advisering door de GGD op basis van de monitors aan de gemeente en andere relevante partijen was beperkt aanwezig in de bezochte wijken en richtte zich niet op de wijk. Als er wel samenwerking met de GGD was in de wijk lag de focus dikwijls op de individueel gerichte jeugdgezondheidszorg.

4.6 Systematische evaluatie en verbetering in zes wijken

De partijen in zes wijken evalueerden ten minste één keer per jaar gezamenlijk en gebruikten de resultaten van de evaluatie voor verbetering. De evaluatie werd niet schriftelijk vastgelegd. De meerderheid, dertien wijken, evalueerde afzonderlijk van elkaar hun eigen zorg of gebruikte de resultaten van de evaluatie niet voor verbetering. In één wijk evalueerde geen van de partijen hun eigen zorg (zie figuur 5).



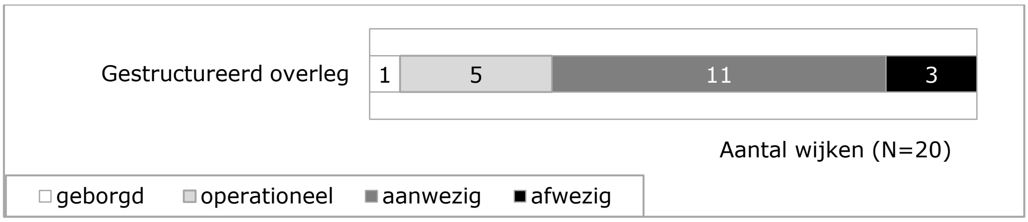
Figuur 5: Score op randvoorwaarde 3: Systematische evaluatie en verbetering

Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat partijen vaak hun eigen zorg evalueerden. Gezamenlijke evaluatie deden zij bijna alleen binnen projecten, bijvoorbeeld in het kader van Zichtbare Schakels waarvoor evaluatie een eis is. Buiten de projecten om evalueerden de partijen weinig op projectoverstijgend niveau.

Een aantal gesprekspartners gaf aan dat het onderwerp bepaalde welke partijen aanwezig waren bij evaluatie. Het was niet voor alle partijen altijd relevant om bij de evaluatie aanwezig te zijn. Als de partijen evalueerden, vormde leefstijl vaak een onderdeel van de evaluatie binnen een bredere (zorg)context. Het ontbrak partijen ook aan evaluatie*tools* om hun gezamenlijke inspanning bij leefstijlondersteuning te evalueren.

4.7 Gestructureerd overleg in zes wijken

De partijen in zes wijken hadden ten minste één keer per jaar gestructureerd overleg met agenda en verslag. Daarbij waren alle partijen aanwezig. In één wijk hadden de partijen ook schriftelijke afspraken gemaakt over het overleg. In elf wijken hadden de partijen geen gestructureerd overleg en namen niet alle partijen deel aan het overleg. In drie wijken hadden de partijen helemaal geen overleg (zie figuur 6).



Figuur 6: Score op randvoorwaarde 4: Gestructureerd overleg tussen relevante zorgverleners in de wijk

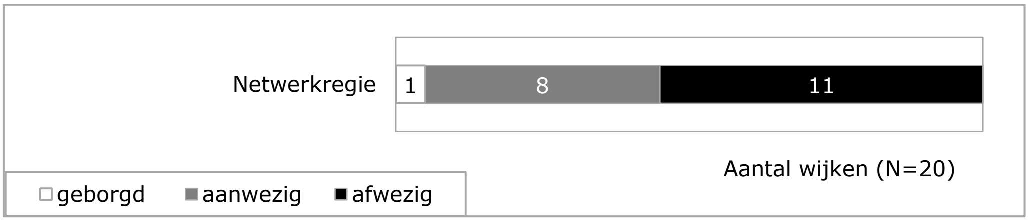
Tijdens de bezoeken kwam naar voren dat de partijen vaak wel overlegden met de betrokken partijen (waaronder vaak GGD, thuiszorg en eerstelijnscentrum) binnen hun projecten. Ook hier gold dat partijen meenden dat het onderwerp veelal bepaalde welke partijen aanwezig waren. Gestructureerd overleg dat project-overstijgend plaatsvond, kwam weinig voor.

De inspectie hoorde tijdens veel bezoeken dat de partijen vanuit de patiënt werkten. Op casusniveau overlegden de partijen veel. Dit was informeel en niet structureel, maar wel gestructureerd. Indien nodig wisten partijen elkaar te vinden en maakten dan ook afspraken. Leefstijl was in deze overleggen geen agendapunt op zich, maar een onderdeel van de zorg.

Samenwerken en wijkoverleg voeren met verschillende partijen werkt gemakkelijker als de organisaties in één gebouw bij elkaar zitten. Elkaar treffen bij koffie of lunch inspireert en maakt dat zij de samenwerking gemakkelijker zoeken. Elkaar en elkaars mogelijkheden kennen, helpt hierbij.

4.8 Netwerkregie in negentien wijken niet formeel vastgelegd

In één van de twintig wijken hadden de partijen schriftelijke afspraken gemaakt over de netwerkregie. Acht wijken hadden wel een regisseur of coördinator aangewezen, maar dit niet schriftelijk vastgelegd. In de elf wijken ontbrak de regie of coördinatie (zie figuur 7).



Figuur 7: Score op randvoorwaarde 5: Netwerkregie

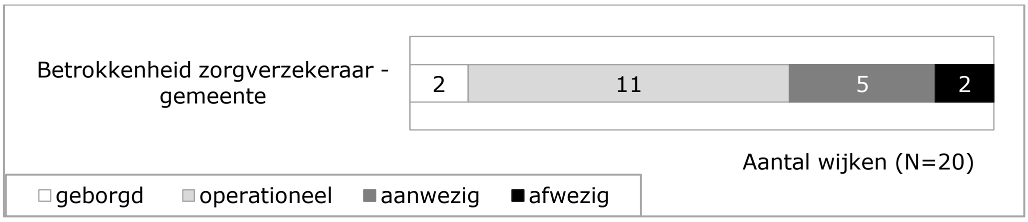
Tijdens de bezoeken kwam een aantal opvallende punten naar voren. De meeste partijen gaven aan niet formeel een regisseur aangewezen te hebben. Bij samenwerking in projecten was vaak wel sprake van een projectleider. Als in de wijk de regie wel was geregeld, lag deze meestal bij het eerstelijnscentrum of op afstand bij de gemeente. Tijdens de bezoeken gaven verschillende gesprekspartners aan dat zij de meerwaarde van een regisseur onderschreven en noemden dan de gemeente als gewenste regisseur, maar het was hen dan (nog) niet gelukt dit ook daadwerkelijk in te vullen. Een aantal wijken vond het niet noodzakelijk een regisseur te benoemen. In deze wijken bleek vaak dat informeel wel een regisseur aanwezig was. Een aantal wijken werkte in een stedelijk project met de GGD of het netwerk van eerstelijnscentra als regisseur.

In een wijk was geen formele regisseur benoemd. Tijdens het bezoek van de inspectie werd duidelijk dat de manager van het eerstelijnscentrum feitelijk de regisseur was. De partijen hadden dit niet zo aangewezen, maar kwamen tot de conclusie dat de manager deze rol wel vervulde. Het liep volgens alle partijen goed in de praktijk.

4.9 Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente in dertien wijken

De partijen in dertien wijken hadden zich ingespannen om de zorgverzekeraar en de gemeente te betrekken. In twee wijken hadden de partijen dit ook schriftelijk vast-

gelegd. In vijf wijken hadden de partijen zich ingespannen om of de zorgverzekeraar of de gemeente te betrekken. Afspraken over deelname hadden zij niet vastgelegd. In twee wijken hadden de partijen geen initiatief genomen om de gemeente of de verzekeraar te betrekken (zie figuur 8).



Figuur 8: Score op randvoorwaarde 6: Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente

Tijdens de bezoeken kwam een aantal opvallende punten naar voren. De partijen spanden zich bijna altijd afzonderlijk in om de zorgverzekeraar en/of de gemeente te betrekken. De thuiszorg (soms met medewerking van een eerstelijnscentrum) zocht vaak contact met de gemeente om financiering aan te vragen voor de Zichtbare Schakels.

In zeven wijken hadden de gemeente en zorgverzekeraar een convenant gesloten. In deze convenanten hadden gemeente en zorgverzekeraar vastgelegd welke bijdrage zij gezamenlijk leveren aan de wijk en op welke onderdelen. In deze convenanten was leefstijl vaak onderdeel van een bredere (zorg)context.

In een gemeente zijn twee ziektekostenverzekeraars actief die met de gemeente een convenant sloten. Beide verzekeraars hadden verschillende thema's zoals participatiebevordering, innovatie en kennisdeling, terugdringen van sociale en gezondheidsachterstanden en wijkpreventie. De gemeente paste haar doelen hier ook op aan.

4.10 Elkaar kennen, vertrouwen en enthousiasme bevorderend voor integrale aanpak

Tijdens de bezoeken vroeg de inspectie ook naar factoren die de samenwerking bevorderd hadden of dit volgens hen zou kunnen doen. De partijen brachten veel factoren naar voren. De factoren die zij het vaakst noemden, staan hieronder beschreven en worden toegelicht met voorbeelden uit de bezochte wijken.

Om goed te kunnen samenwerken, moesten de partijen elkaar kennen en van elkaar weten welke taken zij hebben. Op basis daarvan konden zij gezamenlijk beoordelen wie wat kan uitvoeren. Daarbij was het voor de partijen belangrijk om elkaar te kunnen vertrouwen en ook dingen te gunnen. Enthousiasme van partijen en een initiatiefnemer in de wijk benoemden zij als belangrijke succesfactoren.

"Volgens een GGD werkt het bevorderlijk dat de directeur van het eerstelijnscentrum zo bevlogen is. Een manager zorgteams van een thuiszorgorganisatie vult aan dat het makkelijk samenwerken is met het eerstelijnscentrum omdat deze een directeur heeft, die tijd heeft om te coördineren. De gemeente geeft aan dat zij daarom de samenwerking hebben gezocht met dit eerstelijnscentrum. Bijkomend voordeel vindt de gemeente dat zij ervaring kan opdoen met deze manier van wijksamenwerking in een achterstandswijk."

Daarnaast benoemden zorgpartijen dat bottum-up werken voor hen de beste werkwijze is. Zij hadden dikwijls moeite met de ambtelijke werkwijze van GGD en gemeente. Zij gaven aan dat er ook tijd nodig is om de cultuurverschillen tussen individuele zorg en universele preventie te overbruggen.

> In een wijk werd vanuit de probleemanalyse van het eerstelijnscentrum vastgesteld wat de partijen aanpakken. Dit begint kleinschalig en zij keken gericht welke andere partijen een rol kunnen spelen bij de oplossing. Deze partijen nodigen zij uit om mee te doen en de afspraken worden per onderwerp gemaakt. Het kan individuele zorg zijn, maar ook een collectieve aanpak. Het resultaat van deze werkwijze in deze wijk is dat de zorgpartijen in de wijk elkaar goed kennen en elkaar weten te vinden.

Een aantal eerstelijnscentra gaf aan dat zij blij waren met de (terug)komst van de wijkverpleegkundige in de vorm van de Zichtbare Schakels.

> Zichtbare Schakels had als doel om in een wijk alle 75+ ouderen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen. De thuiszorg pakte de zorg voor deze groep op en legde verbindingen met het consultatiebureau voor ouderen en de huisartsen. Ook waren zij bezig de module ouderen van het eerstelijncentrum te combineren met de Zichtbare Schakel. De Zichtbare Schakel zorgde voor de verbinding tussen huisartsen en welzijnsorganisaties.

Twee wijken gaven aan dat overleg op bestuurlijk niveau hen zou ondersteunen op de werkvloer. Als bestuurders "een kijkje in de keuken" kunnen nemen bij elkaar zou dat helpen. Het was niet alleen voor de partijen op de werkvloer belangrijk om van elkaar te weten wat zij doen, maar ook op bestuurlijk niveau.

4.11 Projectenparadijs en marktwerking belemmerend voor integrale aanpak

Tijdens de bezoeken vroeg de inspectie ook naar factoren die de samenwerking belemmerden. De partijen brachten veel factoren naar voren. De factoren die zij het vaakst noemden, staan beschreven en worden toegelicht met voorbeelden uit de bezochte wijken.
Veel partijen gaven aan dat de hoeveelheid projecten die bestaan belemmerend werkten. De partijen verloren het overzicht, "Er is zoveel, je ziet door de bomen het bos niet", maar moesten vaak wel meewerken omdat een project betekende dat zij financiering hadden. Als het project afliep, bleken de partijen meestal niet in staat de inzet structureel voort te zetten.

> We komen uit een projectenparadijs, maar we willen werken aan duurzaamheid.

De partijen gaven ook aan dat door marktwerking het samenwerken bemoeilijkt werd.

> "Concurrentie in de zorg zorgt ervoor dat je je gegevens niet deelt omdat dan anderen 'de krenten uit de pap komen halen'."

Voor de GGD gold dat de gemeente het beleid bepaalt. GGD'en en thuiszorg-organisaties die in meerdere gemeenten werkzaam waren, hadden dan met verschillende situaties te maken. De GGD was voor wijksamenwerking afhankelijk

van de opdracht van de gemeente. Veel wijksamenwerking was nu wegbezuinigd door gemeenten bij de GGD, zodat een aantal GGD’ en zich belemmerd voelden in het inzetten van hun expertise.

Binnen één GGD-regio bezocht de inspectie twee wijken. Het ging om verschillende gemeenten. De GGD gaf aan in de ene gemeente volop mee te doen aan de wijksamenwerking en in de andere gemeente was dit slechts marginaal mogelijk.

Eerstelijnscentra en thuiszorgorganisaties gaven aan dat de administratieve eisen bij aanvragen (o.a. Geïntegreerde Eerstelijnszorg (GEZ-) gelden, Zichtbare Schakels en beleidsregel ouderen) hen veel tijd kostten, die zij liever besteedden aan de uitvoering van integrale leefstijlondersteuning. Eerstelijnscentra hadden last van het moeten werken met een groot aantal thuiszorgorganisaties in hun wijk ten gevolge van de marktwerking.

De marktwerking vonden veel gesprekspartners een belemmering voor samenwerking. Dit gold voornamelijk voor thuiszorgorganisaties en gezondheidscentra gaven aan dit lastig te vinden. Daarom waren zij blij dat de wijkverpleegkundige terugkomt. Eén centrum gaf aan dat in de regio veel thuiszorgorganisaties waren met elk hun eigen cliënten. Dat maakte voor de centra de samenwerking lastig. De manager thuiszorg gaf aan dat de thuiszorg nu inderdaad versnipperd is door de marktwerking. Daarom komt de wijkverpleegkundige terug door het project de Zichtbare Schakel, waarbij het beleid is dat er één op één contact is met de eerstelijnscentra.

De voorzitter van een samenwerkingsverband gaf aan dat de partijen bang waren dat een wijkverpleegkundige van een thuiszorgorganisatie alle zorg naar de eigen organisatie zou leiden. Zij gaf aan dat het een verkenning was op basis van vertrouwen. De GGD zag dit vooral in de netwerkorganisatie voor het stedelijke project bij de thuiszorgorganisaties. In het netwerk zitten ouderen en welzijnsorganisatie, sportbedrijf gemeente, gemeente, welzijnswerk, maar omdat de welzijnsorganisatie ook een thuiszorgpoot kreeg kon dit mogelijk concurreren met de andere thuiszorgorganisatie, die al lang in het netwerk zat. Maar er was wel sprake van partners die elkaar kunnen aanvullen/toevoegen naast huisartsen, fysiotherapeuten en GGD. Dan moet je goed kijken hoe de krachten kunnen worden gebundeld zonder dat je in elkaars vaarwater gaat zitten. Dat is als voorzitter een “*hell of a job*”.

4.12 Overige resultaten uit de gesprekken

Score op de randvoorwaarden
Bij een aantal wijken was de GGD niet actief in de bezochte wijk, maar wel in een andere wijk in dezelfde gemeente of in een andere gemeente van de GGD-regio. In die gevallen maakte de gemeente of een andere gemeente uit die GGD-regio een andere keuze voor een wijk waar de GGD wel inspanning leverde. Dit heeft de inspectie niet meegenomen in de score op de randvoorwaarden voor de bezochte wijk.

In één GGD-regio was in de ene stad al veel goed werk verricht in het kader van wijksamenwerking, waarin ook de GGD participeerde, maar in de bezochte wijk in een andere stad startte de wijksamenwerking pas recent.

Financiering
De schotten tussen de verschillende financieringsstromen, de bezuinigingen, de tijdelijke financiering van projecten en het niet faciliteren van een regisseur maakten het partijen lastig om desondanks toch een redelijke inspanning te leveren. Er waren wijken die het wel lukte door creatief met middelen te schuiven. Het ontbreken van financiële prikkels om de samenwerking in achterstandswijken te borgen, leverde ook risico op voor wijken die nu voldoende scoren.

“Tot nu toe hebben we als eerstelijnscentrum de begroting altijd rond kunnen krijgen en daarbij ook onze aandacht kunnen richten op de mensen in de wijk die het meer nodig hebben. Maar onze winst (uit de apotheken, waar er nu een van is gesloten) waaruit we de extra activiteiten financierden verdampt. Als deze trend doorzet moeten we over twee jaar als centrum helemaal sluiten.”

Inzet Zichtbare Schakels
De inzet van Zichtbare Schakels werd door alle partijen positief ontvangen. Maar uit de bezoeken bleek dat gemeenten hier verschillend mee omgingen. Zo kan het gebeuren dat in een gemeente alle Zichtbare Schakel-middelen rechtstreeks naar een thuiszorgorganisatie werden doorgezet, die daarmee vrije regelruimte kreeg. In andere gevallen moest de thuiszorgorganisatie een aanvraag bij de gemeente veel gedetailleerder indienen. In enkele wijken gaven eerstelijnscentra nadrukkelijk aan dat zij blij waren dat zij een vaste wijkverpleegkundige terug hadden en beschouwden deze ook meer als een verlichting van hun taak dan als een schakel naar een bredere (zorg) context met integrale leefstijlondersteuning als onderdeel ervan.

Rol GGD
De advisering door de GGD op basis van de monitors aan de gemeente en andere relevante partijen was begrensd. In achterstandswijken was de rol van de GGD marginaal. Als er wel activiteiten in de wijk waren, lag de focus vaak op jeugd-gezondheidszorg. De GGD werkt voor de gemeente, alleen als de gemeente daar opdracht voor geeft, werkt de GGD ook voor de wijk. Door de bezuinigingen bij de gemeente was dit nog maar beperkt aanwezig.

5 Summary

Large primary health care centres, municipal health departments, and domiciliary care agencies are developing joint initiatives with regard to lifestyle advice programmes in underprivileged neighbourhoods. However, insufficient progress has been made towards achieving a fully integrated approach. As a result, the full potential for health gains has not been achieved. The Health Care Inspectorate conducted a study examining twenty neighbourhoods. In all but one, the health care partners had failed to establish the necessary preconditions for successful collaboration developed in 2011. Despite many initiatives and activities undertaken individually by the partners, lifestyle advice programmes did not adequately address the prevention requirements. Shortcomings were also noted in the support provided by local authorities and health care insurers.

An unhealthy lifestyle is a clear risk factor for adverse health impact. In the Netherlands, smoking and overweight remain the main causes of disease and premature death. Encouraging lifestyle changes is difficult. Joint efforts on the part of health care providers to reach residents of underprivileged neighbourhoods through lifestyle advice programmes offer significant potential for health gains. This is, of course, in the interests of the residents themselves, but it is also likely that the demand for health care services, and hence pressure on the health system, will fall. For this reason, in 2011 the Inspectorate and the field parties formulated six basic preconditions for collaboration between primary health care centres, municipal health departments, and domiciliary care agencies in underprivileged neighbourhoods. Between late 2012 and mid-2013, the Inspectorate examined the implementation of these preconditions in twenty selected neighbourhoods, representing only a small sample of the 224 neighbourhoods in the Netherlands which are officially recognized as having marked socio-economic problems and hence termed "underprivileged". The Inspectorate visited these neighbourhoods and conducted joint interviews with representatives of the primary health care centres (fourteen of which are members of the national federation *Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerstelijn;* LVG), municipal health departments, and domiciliary care agencies. The answers to an online questionnaire were used as a basis for these interviews.

The results of the study offer a general impression of practice in the field, although they cannot be extrapolated to the level of the Netherlands as a whole. In nineteen of the twenty neighbourhoods visited, insufficient progress has been made in implementing an integrated lifestyle advice and guidance programme. Most neighbourhoods have actively involved the local authority and health care insurers in their efforts. Particularly shortcomings were noted with regard to network coordination, for which only one neighbourhood had established a formal protocol. However, the care partners have established effective links with social services, district nurses, and the Youth and Family Centres (CJG). There are some primary health care centres which are well structured and which are actively pursuing coordination and cohesion. Local authorities and health insurers have entered into formal agreements (covenants) but have yet to provide the degree of support for the health care partners needed to implement an integrated system of lifestyle advice at the neighbourhood level.

The Inspectorate has required all parties within nineteen neighbourhoods to take corrective measures whereby the agreed preconditions for effective collaboration are implemented in practice. Coordination is the responsibility of the primary health

care centres, while active participation on the part of municipal health departments and domiciliary care agencies is required. The primary health centres are expected to submit a progress report for the neighbourhood concerned in late 2014.

Literatuurlijst

1 De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, van Oers JAM, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006.
2 VTV 2010.
3 Zorgmodule Stoppen met roken (2009).
4 Ministerie van VWS. Beleidsbrief 'Zorg en ondersteuning in de buurt ', 14 oktober 2011.

Bijlage 1 Lijst deelnemers

Plaats	**Wijk**	**Zorgverleners**	**Gesprekspartners**
Alkmaar	Overdie	– Medisch Centrum Elisabeth – GGD Hollands Noorden – Evean thuiszorg	– Huisarts – Beleidsmedewerker gezondheidsbevordering – Beleidsmedewerker jeugdgezondheids-zorg – Manager zorg en advies
Almere	Staatsliedenwijk	– Zorggroep Almere o.a. – Gezondheidscentrum De Driehoek – GGD Flevoland – Gemeente Almere – V&V Zorggroep Almere	– Zorgmanager – Hoofd afdeling Beleid en Onderzoek – Beleidsadviseur jeugd – Manager thuiszorg – Regiomanager – Teammanager huisartsenzorg – Kwaliteitsmedewerker
Amsterdam	Osdorp-Midden	– Gezondheidscentrum Osdorp/Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra – GGD Amsterdam – Osira Amstelring	– Bestuurder – Huisarts – Manager – Hoofd productgroep volwassenen EDG – Wijkcoach
Arnhem	Postcodegebied 6832 en 6834	– Stichting Malburgen Gezond – VGGM – STMG	– Manager – Fysiotherapeut en bestuurslid – Senior beleidsmedewerker – Locatiemanager – Medewerker Klant en Markt/Preventie
Bergen op Zoom	Warande-Oost	– Medisch Centrum de Poort – GGD West Brabant – Tante Louise – Privazorg	– Manager – Fysiotherapeut – Huisarts – Beleidsadviseur – GVO functionaris – Sociaal verpleegkundige – Locatiemanagers
Delft	Poptahof-Noord/Zuid, Mythologiebuurt en Multatulibuurt	– Gezondheidscentra Delft – GGD Zuid West – Careyn – Directzorg	– Regiomanager – Beleidsmanager – Regiomanager thuiszorg – Kwaliteitsadviseur – Kwaliteitsmanager – Assistent zorgmanager – Gespecialiseerd zorgmanager
Den Bosch	Grevelingen, postcodegebied 5213 en 5215	– Gezondheidscentrum Samen Beter – GGD Hart voor Brabant – Vivent	– Huisarts en directeur – GVO-medewerker – Beleidsfunctionaris – Wijkverpleegkundige
Diemen	Beukenhorst en Bergwijkerpark	– Gezondheidscentrum Diemen-Zuid – GGD Amsterdam – Buurtzorg Nederland – Cordaan	– Directeur – Hoofd productgroep volwassenen EDG – wijkverpleegkundige
Ede	Hoogbouw-Zuid	– Gezondheidscentrum Veldhuizen – VGGM – Icare	– Huisarts – Wijkverpleegkundige – Senior beleidsmanager – Beleidsmedewerker – Rayonbeleidsmedewerker
Enschede	Wesselerbrink Noord-Oost, Zuid-Oost, Noord-West, Zuid-West	– Gezondheidscentrum Wesselerbrink – GGD Twente – Livio	– Huisarts – Teamleider epidemiologie – Epidemioloog – Manager – Beleidsadviseur

Plaats	**Wijk**	**Zorgverleners**	**Gesprekspartners**
Hoogezand	Gorecht West en Noord	– Medisch Centrum Gorecht – GGD Groningen – Gemeente Hoogezand – Arlero	– Manager – POH – Senior beleidsmedewerker – Regiomanager – Manager wonen en samenleving – Unit-coördinator
Hoorn	Buurt 3301	– Gezondheidscentrum – Kersenboogerd – GGD Hollands Noorden – Gemeente Hoorn – CJG – Omring	– Bestuurder – Beleidsmedewerker gezondheidsbevordering – Beleidsmedewerker jeugdgezondheidszorg – Rayonmanager – Coördinator – Regiomanager
Leeuwarden	Bilgaard	– Gezondheidscentrum De Brug – GGD Fryslân – Palet	– Huisartsen – Hoofd Jeugd Gezondheidszorg – Directeur – Projectleider
Leiden	Noorderkwartier	– Gezondheidscentrum Merenwijk – GGD Hollands Midden – Libertas – Activite	– Directeur – Beleidsmedewerker – Manager wijkgebonden – Teamleider zorg – Beleidsmedewerker
Maastricht	Pottenberg, Malpertuis en Caberg	– Gezondheidscentrum Dr. Van Kleef – GGD Zuid-Limburg – Veiligheidshuis Maastricht – GroeneKruisDomi-cura	– Huisarts – Senior beleidsadviseur – Medewerker Beleid en Onderzoek – Procesmanager – Beleidsadviseur – Directeur
Nijmegen	Meijhorst	– Gezondheidscentrum Hazenkamp – Huisartsenpraktijk De Schakel – GGD regio Nijmegen – Gemeente Nijmegen – ZZG Zorggroep	– Huisartsen – Manager Gezondheidsbevordering en Epidemiologie – Beleidsadviseur – Directeur VV&T – Directeur Eerstelijn en Cliëntlogistieke bedrijven
Roermond	Roermondse Veld en Sterrenberg	– Groepspraktijk Het Roosendael – GGD Limburg-Noord – Robuust (ROS) – De Zorggroep	– Huisarts – Beleidsmedewerker – Consulent Gezondheidsbevordering – Manager – Regiodirecteur
Rotterdam	Bloemhof en Hillesluis	– Gezondheidscentrum Lange Hille – GGD Rotterdam Rijnmond – Aafje	– Huisartsen – Beleidsmedewerker – Interventieontwikkelaar – Coördinator CEPHIR – Senior beleidsadviseur – Zichtbare Schakel – Teammanager
Tilburg	Wandelbos-Noord	– Gezondheidscentrum De Reeshof – GGD Hart voor Brabant – Gemeente Tilburg – Thebe	– Directeur – Beleidsadviseur gezondheidsbeleid – Beleidsmedewerker – Manager zorgteams
Utrecht	Kanaleneiland-Noord en Zuid	– Gezondheidscentrum Kanaleneiland – Stichting Kanaleneiland GEZond – GGD Utrecht – Buurtzorg	– Huisarts – Coördinator – Beleidsmedewerker – Wijkverpleegkundige

Bijlage 2 Toetsingskader

Randvoorwaarden Gezonde zorg: geïntegreerde en effectieve ondersteuning door zorgverleners bij leefstijlverandering

1. Gezamenlijk beleidsproces

Randvoorwaarde 1. Gezamenlijke probleemanalyse
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben een gezamenlijke probleemanalyse opgesteld op wijkniveau, waarbij de zorgverleners verschillende informatiebronnen hebben benut.

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben ieder hun eigen informatie die inzicht geeft in de gezondheidsproblemen in de wijk. Het is belangrijk om de informatie te delen om tot een onderbouwde keuze te kunnen komen voor de gezamenlijke aanpak.
De GGD verzamelt eens per vier jaar informatie over de gezondheidstoestand van de inwoners. Zij weten bijvoorbeeld hoeveel volwassenen roken, hoeveel ouderen eenzaam zijn en hoeveel kinderen overgewicht of psychosociale problemen hebben. De gemeente kan de GGD vragen om de informatie op wijkniveau te verzamelen.
De zorgverleners hebben inzicht in de ziekten die voorkomen in de wijk en zij bereiken veel inwoners van de wijk. De thuiszorginstellingen komen bij de mensen achter de deur en hebben daardoor inzicht in de zorgbehoefte van mensen die uit zichzelf niet zo snel om ondersteuning vragen. De huisarts heeft bijvoorbeeld inzicht in welke chronische ziekten veel voorkomen.
Naast de informatie die beschikbaar is bij de genoemde zorgverleners kan ook de gemeente of zorgverzekeraar nuttige informatie hebben, of kan de Vraag- en Aanbod Monitor van het NIVEL inzicht geven in de zorgbehoefte.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
Een probleemanalyse van de wijk/buurt ontbreekt.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben een probleemanalyse opgesteld op basis van informatie van één van de zorgverleners in de wijk en deze niet of deels afgestemd.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben een gezamenlijke probleem-analyse opgesteld op basis van informatie op wijkniveau uit verschillende bronnen maar deze niet schriftelijk vastgelegd.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben een gezamenlijke probleem-analyse opgesteld op basis van informatie op wijkniveau uit verschillende bronnen, en deze hebben zij schriftelijk vastgelegd.

Randvoorwaarde 2. Gezamenlijke doelstellingen
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben gezamenlijke doelstellingen geformuleerd om de gesignaleerde problemen m.b.t. de leefstijl van de inwoners in de wijk/buurt op te lossen.

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
De zorgverleners kunnen op basis van de kennis van de gezondheidsproblemen, de kennis van het eigen preventieaanbod en de vraag in de wijk, bepalen welke doelstellingen zij willen en denken te kunnen bereiken. De doelstellingen vormen de basis voor de gezamenlijke aanpak. De zorgverleners bepalen wie welke bijdrage levert en op welke termijn.

Het kan helpen als de doelstellingen zo concreet mogelijk, bijvoorbeeld SMART[d], geformuleerd zijn.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
Geen van de zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg heeft doelstellingen benoemd voor de zorg(uitkomsten) in de wijk/buurt.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt hebben afzonderlijk van elkaar doelstellingen geformuleerd en deze niet of deels afgestemd.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt hebben gezamenlijke doelstellingen geformuleerd maar dit niet schriftelijk vastgelegd.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt hebben gezamenlijke doelstellingen geformuleerd en schriftelijk vastgelegd.

Randvoorwaarde 3. Systematische evaluatie en verbetering
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt evalueren ten minste 1 keer per jaar gezamenlijk en gebruiken de resultaten om de zorg te verbeteren.

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg maken afspraken over de evaluatie van de samenwerking. Idealiter leggen de zorgverleners vast; de frequentie van de evaluatie, de onderwerpen en de wijze hoe men met de resultaten omgaat.
Het is belangrijk om tussentijds te evalueren hoe de samenwerking verloopt zodat de zorgverleners tijdig kunnen bijsturen, bijvoorbeeld wanneer een zorgverlener zich niet aan de afspraken houdt of de doelstellingen niet haalbaar lijken. De kennis die men uit de evaluatie verkrijgt kan bijdragen aan het verbeteren van de samenwerking en de samenhangende aanpak.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt evalueren niet.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt evalueren afzonderlijk de zorg die zij leveren en/of verbeteren de zorg niet op basis van de resultaten van de evaluatie.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt evalueren ten minste 1 keer per jaar gezamenlijk en de resultaten gebruiken de zorgverleners om de zorg te verbeteren, maar hierover zijn geen afspraken gemaakt.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/ buurt evalueren ten minste 1 keer per jaar gezamenlijk. De resultaten gebruiken de zorgverleners aantoonbaar om maatregelen te nemen ter verbetering

2. Kwaliteit netwerk

Randvoorwaarde 4. Gestructureerd overleg tussen relevante zorgverleners in de wijk/buurt
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt overleggen ten minste één keer per jaar op gestructureerde wijze (met agenda en verslag).

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg maken afspraken over het overleg, bijvoorbeeld over de deelnemers, de voorbereiding en de frequentie waarop het overleg plaatsvindt. De zorgverleners kunnen het overleg koppelen aan de evaluatiemomenten (randvoorwaarde 3).

---

d SMART staat voor; Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden.

De lokale situatie bepaalt welke zorgverleners relevant zijn en dit kan gedurende de tijd wijzigen. De randvoorwaarde stelt dat ten minste de GGD, eerstelijnszorg en de thuiszorgorganisatie in de wijk deelnemen aan het overleg.
Het overleg biedt de zorgverleners de gelegenheid om betrokken te blijven bij elkaars werkzaamheden en af te stemmen. Het is belangrijk dat de zorgverleners elkaar kennen en vertrouwen. Het overleg kan een middel zijn om dit te bevorderen.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
Er is geen overleg tussen zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben overleg maar dit is niet gestructureerd en niet alle relevante zorgverleners in de wijk (tenminste GGD, eerstelijnszorg, thuiszorg-organisatie) nemen hier aan deel.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben ten minste 1 keer per jaar gestructureerd overleg (met agenda en verslag) en de relevante zorgverleners in de wijk (GGD, eerstelijnszorg, thuiszorgorganisatie) nemen hier aan deel. De zorgverleners hebben geen afspraken vastgelegd over het overleg.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben ten minste 1 keer per jaar gestructureerd overleg (met agenda en verslag) en de relevante zorgverleners in de wijk (GGD, eerstelijnszorg, thuiszorgorganisatie) nemen hier aan deel. De zorgverleners hebben schriftelijke afspraken over het overleg.

Randvoorwaarde 5. Netwerkregie
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben schriftelijke afspraken gemaakt over de netwerkregie en welke partij regisseur is.

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
Netwerkregie houdt in dat zorgverleners een partij aanwijzen die zorg draagt voor het bewaken van de samenwerking. De regisseur is een partij die het vertrouwen heeft van de andere zorgverleners in het netwerk en die de opdracht krijgt om de regie uit te voeren. Deze opdracht leggen de netwerkpartners vast.
Voor afzonderlijke zorgverleners is het dikwijls moeilijk om de samenwerking te sturen omdat de tijd en capaciteit hiervoor ontbreekt. Een partij die mandaat krijgt van de zorgverleners en boven de zorgverleners staat kan dit wel.

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
Er is geen sprake van coördinatie of regie over de zorgverleners in de nulde- en eerstelijn in de wijk.	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk hebben een regisseur/ coördinator aangewezen maar hebben afspraken hierover niet schriftelijk vastgelegd.	- -	Zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk hebben schriftelijke afspraken gemaakt over de netwerk-regie en welke partij regisseur is.

Randvoorwaarde 6. Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben zich ingespannen om de zorgverzekeraar en gemeente te betrekken bij het netwerk.

Wat houdt dit in en waarom is het belangrijk?
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben zich ingespannen om de zorgverzekeraar en de gemeente te betrekken bij het netwerk. De zorgverleners hebben bijvoorbeeld de probleemanalyse en de doelstellingen afgestemd met de gemeente in relatie tot het gemeentelijke gezondheidsbeleid. De mogelijkheden van de gemeente en zorgverzekeraar om de zorgverleners te faciliteren hebben de zorgverleners met hen besproken.

Het kan zorgverleners helpen de extra capaciteit die bij de opstart van de samenwerking nodig is gefinancierd te krijgen.
De gemeente legt haar ambities voor de gezondheid van haar inwoners vast in de nota gezondheidsbeleid en is opdrachtgever van de GGD. De gemeente kan voor de gezamenlijke nulde- en eerstelijnszorg daardoor een faciliterende rol invullen en bijvoorbeeld in eerste instantie de regierol vervullen.
De zorgverzekeraar heeft belang bij een gezamenlijke aanpak van leefstijlverbetering door nulde- en eerstelijnszorg en zal in dat verband bij initiatieven van zorgverleners een ondersteunende rol kunnen en willen spelen door bijvoorbeeld te faciliteren dat er een regisseur gefinancierd kan worden die ten opzichte van de partijen een onafhankelijke rol vervuld. De zorgverzekeraar kan ook de zorg in samenhang contracteren.
In de praktijk blijkt het effectief te zijn als gemeente en zorgverzekeraar zich gezamenlijk aan de samenwerking committeren.

Toetsingskader:

Afwezig	**Aanwezig**	**Operationeel**	**Geborgd**
De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben geen initiatief genomen om de zorgverzekeraar of gemeente te betrekken bij het netwerk.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben zich ingespannen om of zorgverzekeraar of de gemeente te betrekken. Afspraken over deelname van de zorgverzekeraar of gemeente hebben de zorgverleners niet vastgelegd.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben zich ingespannen om de zorgverzekeraar en de gemeente te betrekken, afspraken over hun bijdragen zijn niet vastgelegd.	De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg hebben zich ingespannen om de zorgverzekeraar en de gemeente te betrekken, en hebben afspraken over hun bijdragen vastgelegd.

Onder zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg verstaat de inspectie tenminste de GGD, het eerstelijnscentrum (grote huisartsenpraktijk) en een thuiszorginstelling.

Bijlage 3 Afkortingen

CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
GEZ	Geïntegreerde Eerstelijnszorg
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
HOED	Huisartsen Onder Eén Dak
LVG	Landelijke Vereniging Georganiseerde eerstelijn
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NPP	Nationaal programma preventie
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

IGZ 13-46